

Zwangsmaßnahmen in Großbritannien

Lepping, Peter

Recht & Psychiatrie : R & P

Published: 15/08/2016

Peer reviewed version

[Cyswllt i'r cyhoeddiad / Link to publication](#)

Dyfyniad o'r fersiwn a gyhoeddwyd / Citation for published version (APA):

Lepping, P. (2016). Zwangsmaßnahmen in Großbritannien. *Recht & Psychiatrie : R & P*, 34(3), 175-179.

Hawliau Cyffredinol / General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Zwangsmaßnahmen in Großbritannien

Einleitung

Zwangseinweisungen haben in der europäischen Psychiatrie in den letzten 20 Jahren stetig zugenommen [Salize & Dreßing, 2004]. Die Gründe dafür sind nicht wirklich offensichtlich, haben aber wahrscheinlich mit zunehmend defensiver Praxis zu tun. Ältere Studien zeigen, dass es bei der Prävalenz von Zwangseinweisungen sowie Zwangsmaßnahmen große Unterschiede zwischen europäischen Ländern gibt [Steinert et al 2010; Noorthoorn et al 2015a]. Eine neue Studie, die Zwangsmaßnahmen zwischen Wales, Irland, den Niederlanden und Deutschland vergleicht und Daten aus ganzen Ländern oder Regionen analysieren konnte, anstatt nur von einzelnen Krankenhäusern [Steinert et al, 2015; Noorthoorn et al, 2015b] kommt allerdings zu dem Schluss, dass es große Unterschiede zwischen einzelnen Häusern gibt, jedoch fast keine Unterschiede zwischen den verglichenen Ländern [Lepping et al 2016]. Bis zu fünfzehnfache Unterschiede wurden bezüglich der Zwangsmaßnahmenprävalenz zwischen einzelnen Krankenhäusern in Deutschland, den Niederlanden und Wales bestätigt. In den verglichenen Ländern wurden zwar sehr unterschiedliche Zwangsmaßnahmen angewandt, besonders, was die Benutzung von Isolierung angeht, aber insgesamt waren die Daten sehr ähnlich, was die Anzahl der Maßnahmen und die Zahl der betroffenen Patienten angeht. Insbesondere die Zahl von Patienten, die einer oder mehreren Zwangsmaßnahmen unterzogen wurden, waren in allen Ländern mit ungefähr 5% sehr ähnlich, nur in den Niederlanden leicht höher. Für die Zukunft bedeutet dies, dass Unterschiede zwischen verschiedenen Krankenhäusern wahrscheinlich ein lohnenswerteres Ziel für Forschung sein könnten als länderspezifische Unterschiede. Es sollte allerdings nicht unerwähnt bleiben, dass es kulturell starke Unterschiede zwischen Ländern gibt, was die Präferenz der verwendeten Maßnahmen angeht. Während

zum Beispiel Isolierung in Wales 2,5% aller Zwangsmaßnahmen ausmacht, sind es in Irland 31%, in Deutschland 60% und in den Niederlanden immer noch über 80% trotz erheblicher Bemühungen, dies zu reduzieren. Auch die Dauer einer Maßnahme schwankt erheblich zwischen Ländern. Dafür sind in Großbritannien die Gabe von Psychopharmaka häufiger Bestandteil einer Zwangsmaßnahme, wobei allerdings dann das manuelle Festhalten des Patienten mit um die 10 Minute im Durchschnitt eine wesentlich kürzere Zeit in Anspruch nimmt als beispielsweise eine Isolierung oder Fixierung in Deutschland. Es sind allerdings auch Isolierungen in Wales mit um die 100 Minuten pro Isolierung im Schnitt wesentlich kürzer als zum Beispiel in den Niederlanden, wo eine Isolierungsmaßnahme im Schnitt immer noch fast 5800 Minuten dauert. In Großbritannien müssen zudem alle Zwangsmaßnahmen, die mit manuellem Halten verbunden sind, anschließend mit dem beteiligten Personal sowie mit dem Patienten aufgearbeitet werden. Dabei werden auch vermehrt sogenannte „Advanced directives“ eingesetzt, also im Grunde im Sinne einer Patientenverfügung diskutiert, welche Art von Maßnahme der Patient bevorzugt, falls eine Notwendigkeitssituation zur Zwangsmaßnahme in der Zukunft entstehen sollte.

Art der Zwangsmaßnahmen in Großbritannien

Die Art der Zwangsmaßnahme hängt in Großbritannien stark davon ab, ob Isolierungsräume vorhanden sind oder nicht. Lange Isolierungen gibt es allerdings nur in der Hochsicherkeitsforensik. Die mit Abstand am Häufigsten angewandte Maßnahme ist ein manuelles Halten mit eingeübter Technik, für die es eine jährliche Weiterbildung gibt. Die Verletzungshäufigkeit während des manuellen Haltens ist hierbei sowohl für das Personal als auch für die Patienten extrem gering. Eine Demobilisierung des Patienten erfolgt mit Hilfe von 4 Fachkräften. In der Mehrzahl der Fälle wird dann orale oder intramuskuläre Medikation gegeben [Lepping, 2013]. Dies ist gemäß nationalen NICE (National Institute for clinical excellence)

Richtlinien in der Regel Lorazepam und Haloperidol [NICE, 2015], aber auch manchmal Olanzapin oder andere Kombinationen. Zuclopentixol soll nach Möglichkeit vermieden werden. Fixierungen gibt es in Großbritannien in der Psychiatrie praktisch gar nicht, und auch in der Medizin sind sie extrem selten. Die gerade neuerschienenen NICE Richtlinien zum Aggressionsmanagement schreiben De-eskalation zwingend vor. Die alten Richtlinien haben auch schon die Betonung auf De-eskalationstechniken gelegt, aber dies wurde jetzt noch einmal verstärkt. De-eskalation spielt auch bei der Weiterbildung die weitaus größte Rolle, dieser Artikel soll sich allerdings weitgehend mit Situationen beschäftigen, in denen Deeskalation gescheitert ist.

Rechtliche Grundlagen

In Großbritannien, oder genauer gesagt im Vereinigten Königreich, gibt es im Prinzip ein föderales Gesundheits- und Rechtssystem, trotz der typisch britischen Angewohnheit, das Wort „föderal“ im Sinne von, zumeist Brüsseler, „Zentralismus“ zu interpretieren. Nordirland, Schottland sowie England und Wales haben jeweils eine eigene psychiatrische Gesetzgebung. Ähnlich wie in Deutschland, wo zwischen den Bundesländern keine wesentlichen Gesetzesunterschiede bestehen, sind auch im Vereinigten Königreich die Gesetzesgrundlagen im Prinzip ähnlich. Während Schottland traditionell schon immer ein eigenes Rechtssystem hatte, gibt es das walisische Parlament erst seit 2000. Es hat erst vor Kurzem gesetzesändernde Befugnisse erhalten. So gilt zum Beispiel in Wales, im Gegensatz zu England, dass ein Patient, der aus psychiatrischer Behandlung entlassen wird, innerhalb von 3 Jahren eine Wiedervorstellung innerhalb von 28 Tagen gesetzlich verlangen kann. Dies gilt nicht für Patienten, die lediglich vom Hausarzt behandelt wurden. Alle psychiatrischen Patienten haben das Recht auf einen holistischen sogenannten „Care and Treatment Plan“ (CTP), in dem genau aufgelistet wird, was sie vom Leistungsträger erwarten

können, und was sie im Falle einer akuten Verschlechterung machen sollten. Ich möchte mich im Weiteren allerdings auf die Gesetzesgrundlage in England und Wales konzentrieren, und dabei die geringen, nur für Wales zutreffenden Änderungen außer acht lassen, da England und Wales die beiden Gebiete sind, die mit praktisch gleicher Gesetzgebung den Großteil Großbritanniens ausmachen.

Grundlagen der britischen Krankengesetzgebung

Ähnlich wie es in Deutschland sowohl ein psychiatrisches Krankengesetz wie auch ein Betreuungsgesetz gibt, existiert auch in England und Wales ein Mental Health Act zur Regelung der zwangsweisen Einweisung in ein Krankenhaus, während der sogenannte Mental Capacity Act (2005) die Behandlung und Unterbringung von Patienten regelt, die keine Einwilligung geben können. Es gibt Überlappungen und Inkonsistenzen zwischen beiden Gesetzen, die wahrscheinlich bald zu einer Überarbeitung des Gesetzes führen werden, da das Oberhaus, welches in Großbritannien als zweite Kammer fungiert, einen hohen Handlungsbedarf diesbezüglich festgestellt hat. Bis dahin werden die momentanen Gesetzesregelungen einschließlich der sogenannten Codes of Practice, die Einzelheiten der Gesetzesinterpretationen regeln, weiterhin durch Einzelfälle von der Justiz interpretiert werden, wie in Großbritannien üblich. Diese Präzedenzfälle entwickeln dann die gerade geltende Gesetzesinterpretation, was es Klinikern schwer macht, immer genau den aktuellen Stand der Gesetzeslage zu kennen.

Psychiatrisches Krankengesetz

Das englisch und walisische psychiatrische Krankengesetz (Mental Health Act (1983), MHA) hat eine lange Geschichte, und geht auf den viktorianischen Lunacy Act (Verrücktengesetz) von 1845 zurück, der

erstmal das Verwahren von psychisch Kranken rechtlich regelte. Die Überarbeitung von 1983 sollte dem Auflösen der großen psychiatrischen Einrichtungen Rechnung tragen, während die 2007 durchgeführten Änderungen primär Behandlungen außerhalb des Krankenhauses eingeführt haben. Es gibt einen zivilen und einen forensischen Teil. Für beide gilt, dass im Gegensatz zu Deutschland für alle Zwangseinweisungen eine Unzahl von Beteiligten nötig sind. Eine zivile Standardzwangseinweisung zu Diagnostik und Behandlung laut §2 (Section 2) ist bis zu 28 Tagen möglich, eine Einweisung laut §3 (Section 3) für bis zu 6 Monaten zur Behandlung bei bekannter Diagnose. Zur Einweisung sind in der Regel zwei Ärzte und ein sogenannter psychiatrischer Praktiker (Mental Health Practitioner) nötig. Der erste Arzt ist normalerweise der behandelnde Psychiater, während der zweite entweder der Hausarzt des Patienten ist, oder ein Arzt mit psychiatrischer Erfahrung und Sonderausbildung. Der Praktiker ist zumeist ein psychiatrischer Sozialarbeiter oder ein/e Krankenpfleger/schwester oder ErgotherapeutIn mit Sonderausbildung. Seine/ihre Rolle ist eine unabhängige Überprüfung der beteiligten Ärzte. Die in Deutschland gängige Skepsis gegenüber der Benevolenz der behandelnden Psychiater ist in Großbritannien nicht häufig anzutreffen. Bei Stattgabe der Zwangseinweisung muss das aufnehmende Krankenhaus offiziell die Papiere akzeptieren und hat besondere Verpflichtungen bezüglich der Rechte des Patienten. In der Regel wird rechtlicher Beistand zur Verfügung gestellt, ein sogenannter unabhängiger psychiatrischer Berater (Independent Mental Health Advocate), der kein Rechtsanwalt ist. Zudem steht es dem Patienten frei, einen Anwalt hinzuzuziehen, wofür es auch für nicht Begütete finanzielle Hilfe vom Staat gibt. Zusätzlich gibt es ein zweites Tribunal, welches den Status eines Gerichtes hat. Es ist auch dreiköpfig und besteht aus einem Anwalt, einem unabhängigen Psychiater und einem Laien. Die Nachweispflicht für die Notwendigkeit der Einweisung liegt immer bei den Einweisenden, also beim behandelnden Arzt. Besonders das zweitgenannte Tribunal hat die Atmosphäre eines deutschen Schöffengerichtes. Es wird weniger als 10% der Anträge auf

Entlassung stattgegeben. Falls ein Patient zuerst für 28 Tage zur Begutachtung und Diagnostik eingewiesen wird, und dann aber zur Bandlung laut §3 weiter in Behandlung bleibt, ist es möglich, dass der Patient innerhalb von 6 Wochen von 15 verschiedenen Personen wegen seiner/ihrer Zwangsbehandlung gesehen wird. 5 verschiedene Gremien und Tribunale können so innerhalb von 6 Wochen mit einer einzigen Zwangsbehandlung beschäftigt sein, was natürlich ein erheblicher finanzieller wie auch administrativer Aufwand für alle Beteiligten ist. Trotz dessen ungeachtet hat sich die Zahl der Zwangseinweisungen in England und Wales völlig im europäischen Mittel stetig nach Oben bewegt. Der erhöhte Kontrollaufwand hat also offensichtlich keinen Einfluss auf die Zahl der Einweisungen insgesamt. Selbiges kann man auch für die in Deutschland übliche, angeblich unabhängige Begutachtung einer Zwangseinweisung nach PsychKG durch einen Richter sagen. Dies ist erstaunlich, besonders im europäischen Zusammenhang, da unterschiedliche europäische Länder extreme Unterschiede aufweisen, was die Häufigkeit, Art und die beteiligte Personen bei der Einweisung und Überprüfung derselben angeht. Allgemeine Trends scheinen sich durch die Art des Systems nicht aufzuhalten lassen.

Die Rolle der Polizei

Zudem existieren in Großbritannien Möglichkeiten für die Polizei, Personen, die in der Öffentlichkeit auffällig werden und wahrscheinlich psychisch krank sind, laut psychiatrischem Krankengesetz festzunehmen und psychiatrisch untersuchen zu lassen. Während manche Polizeiregionen sehr gut darin sind, nur Personen mit wirklicher psychiatrischer Krankheit zur Untersuchung zu bringen, ist es für andere eine ideale Möglichkeit, insbesondere akut intoxikierte Personen nicht polizeilich erfassen zu müssen.

Qualitätskontrollen und gemeindepsychiatrische Zwangsmaßnahmen

Eine Kommission, die sogenannte Mental Health Act Commission in Wales und die Care Quality Commission in England wacht über die Einhaltung der Gesetze und Rechte der Patienten. Sie legt jährliche Gutachten und Statistiken vor, die bei den englischen und walisischen Gesundheitsministerien frei im Internet erhältlich sind. Sie beinhalten meist auch gute und schlechte Praxisbeispiele und Verbesserungsvorschläge aus Patientensicht. Aus diesen Statistiken lässt sich zum Beispiel ersehen, dass von April 2014 bis Ende März 2015 19.656 Patienten in England zu irgendeinem Zeitpunkt einer zivilen Zwangseinweisung unterworfen wurden, was auf 51% aller eingewiesenen Patienten zutrifft [CQC, 2015]. In Wales gab es im gleichen Zeitraum insgesamt 9.762 psychiatrische Einweisungen jeglicher Art, was einer Verminderung von 5% im Vergleich zum gleichen Zeitraum des Vorjahres entspricht. 1.921 dieser Einweisungen waren Zwangseinweisungen, ein Anstieg von 14% zum Vorjahr [Welsh Government, 2015]. Allerdings waren in Wales ein erheblich geringerer Prozentsatz von nur knapp einem Fünftel aller Einweisungen Zwangseinweisungen, also wesentlich weniger als in England, trotz einer geringeren psychiatrischen Bettenzahl pro Einwohner in Wales. Die Gründe für den Anstieg sind unklar und entsprechen nicht dem allgemeinen Trend eines allmählichen Anstieges. Die 2007 eingeführten Zwangsbehandlungen außerhalb des Krankenhauses, die sogenannten Community Treatment Orders (CTO) sind rechtlich gesehen ein erweiterter Freigang. Sie erlauben dem behandelnden Psychiater, den Patienten jederzeit rechtlich verpflichtend ins Krankenhaus zurück zu beordern, falls der Patient den Auflagen der CTO nicht entspricht oder ansonsten einen Krankheitsrückfall hat. Die Auflagen können alles sein, was einen Rückfall verhindern könnte, obwohl Studien zeigen, dass sinnvollerweise nur die Einnahme von Depot- und anderen Medikamenten durch diese Maßnahmen sichergestellt werden können. Gemäß einer CTO Patienten können nicht zu Hause

zwangsmediziert werden, sie können aber zum Krankenhaus gebracht und dort mediziert werden. Innerhalb von 72 Stunden nach Einberufung des Patienten muss entweder eine Entlassung mit denselben Auflagen oder eine Rückführung in eine Standardzwangseinweisung stattfinden. Die Nutzung der CTO Möglichkeit hat sich als weitaus populärer gezeigt als ursprünglich vom Gesetzgeber vorhergesehen. In Wales mit einer Einwohnerzahl von 3.1 Millionen waren zum Beispiel im Zeitraum 2014/15 240 Patienten mit einer CTO registriert. In England sind es mehrere Tausend. Die Nutzung dieser Möglichkeit wird kontrovers diskutiert. Während einige Studien eine Reduzierung von Einweisungen zeigen, zeigen andere keine positiven Effekte. Alle bisherigen Studien haben wesentliche methodische Probleme, besonders, weil multizentrische prospektive Studien über systemübergreifende Veränderungen extrem schwer durchzuführen sind. Zudem gibt es nur wenige klinische Anwendungsrichtlinien. Ein veröffentlichter Richtlinienvorschlag sieht vor, die CTO Option hauptsächlich zur Erhöhung der Compliance zu benutzen, die Auflagen so gering wie möglich, und vor allem realistisch und nachprüfbar zu halten. Dies bevorzugt natürlich Depotmedikamente. Aus meiner persönlichen klinischen Erfahrung muss ich sagen, dass für Patienten, die ständig durch das Absetzen der Medikamente wiedererkranken und häufig deshalb zwangseingewiesen werden, die CTO Option durchaus positive Effekte zeigen kann. Zahlen darüber aus Nordwales sind aber zur Zeit noch in Vorbereitung. Es kommt möglicherweise auf die richtige Auswahl der Patienten an, um die CTO effektiv zu benutzen.

Betreuungsregelungen

Das deutsche Unterbringungsgesetz entspricht in Großbritannien am ehesten der sogenannten Guardianship Order, die Teil des psychiatrischen Krankengesetzes ist sowie dem Mental Capacity Act, der unter anderem eine Unterbringung bei mangelnder Einwilligungsfähigkeit erlaubt. Die Guardianship Order kann nur bei

Patienten angewandt werden, die laut §3 des MHA schon zwangseingewiesen sind, normalerweise handelt es sich um Patienten mit chronischer Schizophrenie, Demenz, Lernbehinderungen oder erworbenen Hirnschäden. Viele Patienten, die nicht mehr in der Lage sind unabhängig zu leben und außerdem keine Einwilligungsfähigkeit haben, werden allerdings nicht unbedingt psychiatrisch behandelt, sondern häufig medizinisch. Der Mental Capacity Act erlaubt es den behandelnden Ärzten, im Interesse (best interest) des Patienten Entscheidungen zu treffen, falls diese nicht einwilligen können. Die Entscheidungen müssen unter strengen Auflagen individualisiert getroffen werden, können aber Unterbringung, Untersuchungen und auch medizinische Zwangsbehandlung beinhalten. In Ausnahmefällen, insbesondere bei Demenz, kann dies auch das Verabreichen von Medikamenten ohne Wissen des Patienten beinhalten. Der Mental Capacity Act erlaubt außerdem allen Bürgern für den Fall des Verlustes ihrer Einwilligungsfähigkeit zu planen, und zum Beispiel jemanden seiner/ihrer Wahl als Entscheidungsträger zu nominieren. Dies gilt für finanzielle, unterbringungsspezifische und medizinische Entscheidungen. Außerdem kann in Ausnahmefällen ein Spezialgericht angerufen werden, um in Streitfällen oder potentiell rechtlich unklaren Fällen eine Entscheidung zu treffen. Dies hat zum Beispiel im März 2016 zu der Entscheidung geführt, dass eine zwangseingewiesene Patientin mit Anorexie entlassen werden konnte, um palliativ weiter behandelt zu werden. Kritiker des Mental Capacity Acts führen an, dass es im Gegensatz zur Zwangseinweisung erheblich weniger Kontrollmechanismen gibt. Der Patient muss individuell nachweisen, doch einwilligungsfähig zu sein (umgekehrte Beweispflicht), und es gibt keine automatischen Kontrolltribunale wie beim Mental Health Act. Außerdem ist vielen Klinikern die Gesetzeslage immer noch nicht völlig bewusst, was weiterhin zu einer suboptimalen Anwendung führt. In der Praxis werden daher oftmals Entscheidungen getroffen, ohne die Einwilligungsfähigkeit genau überprüft und dokumentiert zu haben.

Regulierung des Ärzteberufes

Ähnlich der Musterberufssordnung für Ärzte in Deutschland gibt es für ganz Großbritannien das sogenannte „General Medical Council“ [GMC, 2016], eine Art Ärzteselbstverwaltung, die das Recht zu praktizieren verleiht und auch nehmen kann. Jeder in Großbritannien tätige Arzt muss beim GMC gemeldet sein. Außerdem gibt es eine Pflicht zu jährlichen Tauglichkeitsüberprüfungen, wo jeder Arzt nachweisen muss, bestimmte Weiterbildungen gemacht zu haben, über Fehler reflektiert nachgedacht zu haben, und eine weitere Zahl von Auflagen erbracht zu haben, was Praxis, Weiterbildung, Reflexion und Lehre angeht. Alle 5 Jahre wird dann bei erfolgreicher Tauglichkeit eine Revalidierung erteilt, die berechtigt, weitere 5 Jahre zu praktizieren. Jeder Patient kann sich beim GMC über jeden Arzt direkt beschweren, was zu einer vorübergehenden Suspendierung führen kann. Es folgt dann eine Untersuchung, auf die Sanktionen bis zum Berufsausschluss folgen können. Viele Berufsverbote gehen allerdings weniger auf ärztliche Fehler als auf finanzielle Unregelmäßigkeiten bei privat praktizierenden Ärzten zurück. Die Untersuchungsausschüsse sind auch mit Laien besetzt. Obwohl die Politik schon mehrfach versucht hat, die Ausschüsse komplett unabhängig zu gestalten und die Ärzteselbstverwaltung aufzulösen, haben Kompromisse des GMC bislang ein Abschaffen der Selbstverwaltung verhindert. Dies ist allerdings aus Sicht der Ärzte auf Kosten eines vielfach hohen und wenig effektiven Administrationsaufwandes geschehen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Großbritannien im Gegensatz zu Deutschland ähnlich viele Patienten von Zwangsmaßnahmen betroffen sind. Allerdings werden Fixierungen praktisch gar nicht und Isolierung seltener angewandt. Die Hauptart

der Zwangsmaßnahme ist in Großbritannien das manuelle Halten, häufig verbunden mit Medikamentengabe. Außerdem haben in Großbritannien die behandelnden Ärzte erheblichen Einfluss auf Zwangseinweisungen, die Überprüfung der Einweisung findet häufiger statt als in Deutschland. Ähnlich wie in Deutschland gibt es für die einzelnen Landesteile des Vereinigten Königreiches leicht unterschiedliche Regelungen.

Care Quality Commission: Monitoring the Mental Health Act in 2014/15:
http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20151207_mhareport2014-15_full.pdf

General Medical Council (GMC): <http://www.gmc-uk.org/index.asp>

Lepping P. The use of emergency psychiatric medication: a survey from 21 countries. *J Clin Psychopharmacol*. 2013 Apr;33(2):240-2

Lepping P, Masood B, Flammer E, Noorthoorn E. Comparison of restraint data from four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2016 (in print)

National Institute for Clinical Excellence (NICE) guideline NG10 (2015): Violence and Aggression Short-term management in mental health, health and community settings
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-70830253>

Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, Steinert T. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Dec;50(12):1857-69. (a)

Noorthoorn E, Lepping P, Jansen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, Steinert T. One year incidence and prevalence of coercion in the Netherlands: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2015 Dec;50(12):1857-69. (b)

Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb;184:163-8.

Statistics for Wales (Welsh Government): Admission of patients to mental health facilities in Wales, 2014-15:
<http://gov.wales/docs/statistics/2015/151029-admission-patients-mental-health-facilities-2014-15-en.pdf>

Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, Keski-Valkama A, Mayoral F, Whittington R. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010 Sep;45:889-97

Steinert T, Zinkler M, Elsässer-Gaißmaier HP, Starrach A, Hoppstock S, Flammer E. Long-Term Tendencies in the Use of Seclusion and Restraint in Five Psychiatric Hospitals in Germany. *Psychiatrischer Praxis*. 2015 42:377-383 [Article in German]